

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Georges BELLOUARD

Né à Redon (Ille-et-Vilaine), le 14 octobre 1867

Ex Interne des Hôpitaux de Nantes

ÉTUDE SUR L'APPARITION PRÉCOCE

DE

LOPHTALMIE PURULENTE

CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
DUPLAY, professeur.
BRUN, MÉNÉTRIER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Georges BELLOUARD

Né à Redon (Ille-et-Vilaine), le 14 octobre 1867

Ex Interne des Hôpitaux de Nantes

ÉTUDE SUR L'APPARITION PRÉCOCE

DE

L'OPHTALMIE PURULENTE

CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { **MM.**
DUPLAY, professeur.
BRUN, MÉNETRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	N.
Thérapeutique et matière médicale	REGNAULD.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Professeur de Clinique d'Accouchements
à la Faculté de Médecine de Paris.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DIANOUX,

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A L'ÉCOLE
DE PLEIN EXERCICE DE NANTES.

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE PLEIN
EXERCICE DE NANTES.

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX
DE NANTES.

INTRODUCTION

Dans la littérature médicale qui s'occupe spécialement des maladies des yeux ou des affections des enfants nouveau nés, un des chapitres les plus discutés dans ces dernières années, tant au point de vue prophylactique que thérapeutique, est sans contredit celui qui traite de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Peu de sujets, en effet, offrent plus d'intérêt, aussi bien à l'ophtalmologiste qu'à l'accoucheur, puisque dans la statistique des causes de la cécité, l'ophtalmie purulente des nouveau nés entre au moins pour un tiers.

La plupart des sujets atteints d'une aussi cruelle infirmité et qui se présentent au public comme aveugles nés, sont des victimes de cette terrible affection; et ils peuvent l'être en effet exactement au moment de leur naissance, grâce à un nouveau mécanisme d'infection que nous allons essayer d'expliquer dans ce modeste travail.

D'après les auteurs, en effet, les yeux du fœtus étant en contact avec les liquides pathogènes seulement à la fin du travail de l'accouchement, lors du passage de la tête dans le vagin, ceux-ci ne pouvaient pas être malades, du moins ostensiblement, au moment de la naissance, c'est-à-dire quelques instants après leur inoculation.

Dans quelques statistiques et dans certains ouvrages,

nous avons pu lire cependant que des enfants se présentaient au moment de leur naissance avec les paupières gonflées ; mais nulle part nous n'avons trouvé d'explication à ces phénomènes contradictoires avec la théorie de l'inoculation vaginale.

Mais, avant d'entreprendre des recherches sur ce sujet, qu'il nous soit permis de remercier vivement Monsieur le professeur Dianoux de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant le cours de nos études médicales et de l'obligeance qu'il a mise à nous communiquer quelques observations qui font partie de cette thèse dont il nous a inspiré le sujet.

Que Monsieur le professeur Tarnier daigne accepter l'expression de notre sincère et respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Nous ne saurions oublier dans nos remerciements Messieurs les professeurs de l'École de plein exercice de Nantes, Messieurs les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nantes, pour les excellents préceptes que nous avons puisés à leur enseignement pendant le cours de nos études.

DIVISION DU SUJET

Nous ne nous étendrons pas d'une manière également complète sur tous les chapitres de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés; nous insisterons particulièrement sur la pathogénie, la discussion des observations que nous présentons et sur le traitement; sans toutefois négliger absolument les autres questions qui se rattachent à notre sujet et qui nous ont paru intéressantes à discuter.

Voici le plan que nous avons adopté; nous étudierons successivement :

- I. Définition, synonymie, fréquence;
- II. Etiologie et pathogénie;
- III. Symptômes et observations;
- IV. Diagnostic;
- V. Pronostic et complications;
- IV. Traitement.
- Conclusions.

I. — DÉFINITION. — SYNONYMIE. — FRÉQUENCE

Et d'abord qu'appelle-t-on ophtalmie purulente des nouveau-nés ?

Ce nom est donné à une affection microbienne, spécifique et contagieuse de la conjonctive des nouveau-nés, caractérisée par un épaissement et une sorte de boursoufflement de cette muqueuse, un écoulement abondant de muco-pus d'abord, de pus épais ensuite s'écoulant incessamment par la fente palpébrale ; et capable de produire les plus graves désordres dans la structure anatomique et le bon fonctionnement de l'appareil de la vision.

Il reste maintenant à définir ce que l'on entend par nouveau-né : cette question, longuement et savamment débattue par les jurisconsultes et les médecins, reste toujours néanmoins une matière à discussion pour les auteurs ; car aucun caractère anatomique précis et absolu ne tranche cette question.

Il est vrai que dans le sujet qui nous occupe, cette question n'a plus la même importance qu'en médecine légale, puisque les personnes qui entourent le nouveau-né atteint d'une maladie quelconque, et qui le présentent à un médecin pour soigner ce dernier, ont tout intérêt à le renseigner exactement et à lui dire la vérité à ce sujet. Nous nous contenterons donc d'appeler nouveau-né, « l'enfant au mo-

« ment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de la naissance. »

Désignée d'abord sous le nom vague d'ophtalmie, on la décrit plus tard avec le titre de conjonctivité purulente des nouveau-nés, lorsque l'on sut préciser le siège principal de la maladie.

Aujourd'hui on l'appelle ophtalmie purulente des nouveau-nés. Les auteurs allemands, anglais et italiens la désignent également par la même locution (1).

C'est une maladie malheureusement assez fréquente; un peu moins répandue cependant dans ces dernières années dans les hospices et les maternités, à cause des traitements prophylactiques qui sont employés journellement dans ces établissements.

Nous lisons dans la thèse de Looten (2) que depuis le commencement de l'année 1868 jusqu'en février 1875, 50,000 enfants environ ont passé par l'hospice des enfants assistés, et que sur ce nombre il y a eu 1912 affections oculaires, dont 805 étaient des ophtalmies purulentes chez des nouveau-nés; ce qui donne une moyenne de 47 0/0.

Ces chiffres sont sans doute trop élevés, car quoique ce ne soit pas une maladie spéciale à la classe pauvre, il n'en est pas moins vrai qu'elle est beaucoup plus fréquente chez celle-ci, à cause du plus grand nombre des affections vénériennes et de la négligence qu'elle apporte pour obtenir leur guérison. Cette proposition serait du reste difficile à prou-

(1) Purulente Augenentzündung der Neugeborenen. (all.) — Oftalmia purulenta dei bambini. (it.) — Ophtalmia neonatorum. (ang).

(2) Paris, 1875.

ver par suite des difficultés que l'on éprouverait à recueillir des observations de ce genre.

D'autre part nous apprenons par un article d'Hecker publié dans *Archiv für Gynækologie*, que sur 18,451 enfants vivants, il a eu à la maternité de Munich 430 enfants atteints d'ophtalmie, soit 2,4 0/0. On voit qu'il y a loin de cette moyenne à la précédente qui, prise dans un hospice et non dans une maternité n'a pas une valeur absolue. Ce chiffre de 2,4 0/0, concorde du reste avec les statistiques des maternités françaises (1).

Par Galezowski enfin, nous apprenons que sur 60,152 affections oculaires qu'il a traitées à sa clinique privée depuis 1870, jusqu'à la fin de 1883, il a compté 507 cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Ajoutons en outre, que cette affection ne se rencontre pas avec une égale fréquence dans toutes les années; ainsi Horner a observé en 1874, 3,842 affections oculaires sur lesquelles 13 ophtalmies purulentes chez des nouveau-nés; et en 1878, 3,478 affections oculaires sur lesquelles 49 ophtalmies purulentes, et qu'elle revêt parfois un caractère épidémique.

Nous terminons cette statistique en disant que cette maladie est extrêmement rare dans les campagnes, si bien que bon nombre de praticiens ont pu passer une grande partie de leur carrière médicale sans jamais en observer un seul cas.

(1) Un peu plus élevé cependant, 3,4 0/0 environ.

II. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Depuis longtemps déjà, bien avant la découverte du gonocoque ou diplocôque de Neisser, on admet que la cause principale sinon unique de l'ophtalmie purulente chez le nouveau-né, est l'inoculation des yeux de l'enfant par les sécrétions septiques du conduit génital de la mère. — La contagion se ferait lors du passage de la tête dans le vagin.

Le premier auteur qui ait fait l'histoire un peu détaillée de cette affection, paraît être Dreyssig qui, en 1793, fit paraître, à Erfurt, une *Dissertation sur l'ophtalmie des enfants nouveau-nés*; puis vinrent les travaux de Moncenot, dans l'*Annuaire de médecine et de chirurgie des hôpitaux*, 1815.

Ziegler, dans une publication de Giessen (1828), s'occupa lui aussi de la même affection.

Nous arrivons enfin à Billard, qui dans son *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, décrivit avec détails l'ophtalmie purulente chez ces derniers; il admet comme une des causes principales de cette maladie un écoulement blennorrhagique de la mère.

A partir de ce dernier auteur, cette opinion s'infirmait de plus en plus, sans toutefois détrôner complètement les anciennes causes auxquelles les anciens accordaient un

grande part pathogénique, mais en les reléguant cependant au second plan.

Ces causes sont divisées en trois classes : prédisposantes, occasionnelles et déterminantes. Dans les *causes prédisposantes*, les unes tiennent à l'enfant, d'autres à la mère; d'autres enfin aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent le nouveau-né.

Parmi celles qui tiennent à l'enfant, on cite en première ligne le mauvais état général de celui-ci. Loin de diminuer d'importance avec les théories infectieuses, cette cause ne s'explique que mieux avec elles. C'est un fait bien établi, que plus un organisme est délabré, moins il lutte contre l'invasion microbienne de ses tissus.

Le volume de la tête de l'enfant offre aussi son intérêt pathogénique ainsi que les causes prédisposantes venant du côté de la mère : telles que la primiparité et l'étroitesse du bassin ou de la vulve. On comprend en effet facilement que toutes ces particularités retardant la rapidité de l'expulsion du fœtus, celui-ci se trouve plus longtemps en contact avec les écoulements maternels et qu'il a, par conséquent, plus de chances d'être infecté. — Quant au mode de présentation, il est évident que la présentation de la face mettant les yeux de l'enfant plus tôt et plus immédiatement en contact avec les sécrétions morbides, favorise singulièrement l'inoculation.

Les mauvaises conditions hygiéniques comme l'encombrement, la misère, etc..., ont aussi leur valeur, car elles diminuent les forces de l'enfant dans le combat qu'il a à soutenir. La mauvaise hygiène et le mauvais état général

sont très importants à noter, surtout au point de vue du pronostic et de l'apparition des complications.

Dans les *causes occasionnelles*, on ne relève que peu de données précises. L'exposition de l'enfant à une chaleur excessive ou à un froid rigoureux ne sont guère à invoquer, car dans les campagnes, où ces circonstances sont fréquentes, on n'observe que rarement des ophtalmies. Les corps étrangers, les poussières ne prédisposent guère à l'ophtalmie, car, en été, où ces conditions se rencontrent souvent, le nombre des conjonctivites purulentes est moins élevé qu'en hiver.

Restent les *causes déterminantes* et ce sont, sans contredit, les plus importantes : sans elles, point d'ophtalmies chez les nouveau-nés. Elles peuvent se résumer en une seule : l'inoculation des yeux de l'enfant par les liquides septiques secrétés par les voies génitales de la mère.

Plusieurs années même avant la découverte du gonocoque, les auteurs insistaient sur cette cause et la faisaient dominer toutes les autres. — L'observation clinique faisait déjà soupçonner, ce que le microscope devait démontrer plus tard, qu'il y a dans les sécrétions morbides d'un organe un agent spécifique capable de transmettre une maladie de même nature, même à un organe différent.

Dans le plus grand nombre de cas, dit l'un des auteurs (1) qui ont traité cette question, cette maladie est provoquée par l'inoculation. — Nous en avons la preuve

(1) De Wecker (*Traité des maladies des yeux*, 1867.)

dans la manière singulière dont cette maladie apparaît du troisième au quatrième jour après la naissance.

La découverte du diplocoque de Neisser vint, en 1879, démontrer la véracité de cette opinion et est venu apporter un signe pathognomonique, si bien que Crédé a pu dire, quelques années plus tard, que chaque fois que l'on ne trouvait pas ce microbe dans le pus de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, on ne se trouvait pas en face d'une véritable affection de ce genre.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés ressemblant d'une façon si parfaite à celle qui se produit chez les adultes atteints de blennorrhagie et qui, par imprudence ou faute de connaissances, se sont inoculés les conjonctives, que le rapprochement des causes s'est présenté de suite à l'idée des auteurs. Aussi la plupart des ophtalmologistes admettent-ils, sans restriction, la nature gonococcique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Parmi eux, citons seulement : de Wecker, Sattler, Leber, Hirschberg, etc...

Après la découverte des premiers microbes, on a été amené de suite à chercher celui de la blennorrhagie. « Il y a peu de maladie, en effet, dont la nature infectieuse ne soit soupçonnée depuis aussi longtemps et d'un aussi commun accord que la blennorrhagie. Hallier, Donné, Jonissou, Salisbury, Bouchard et bien d'autres ont recherché l'agent de cette contagion (1) », mais c'est à Neisser que l'on doit véritablement cette découverte. En 1879, cet auteur, en suivant la méthode de Kock, découvrit un coccus différent de tous ceux connus jusqu'alors, disposé

(1) Senn, *Bactériologie chirurgicale*.

par paires, ayant l'apparence de corps hémisphériques juxtaposés par leur surface plate et groupés par amas de 10 à 20. — A partir de cette époque, de nombreux travaux ont confirmé cette découverte qui est désormais admise par la généralité des médecins.

Comme nous le disions tout à l'heure, le rapprochement de la conjonctivite blennorrhagique et de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés était trop facile à faire pour que l'on ne cherchât pas de suite si ce diplocoque n'existait pas, lui aussi, dans les sécrétions purulentes des nouveau-nés, et effectivement, l'on trouve ce microbe. « Les micrococcus, dit Haab, m'apparurent avec une rare netteté. « Ce qui frappe, à première vue, c'est le caractère spécial « et la distribution de ces micrococcus qui donnent aussitôt « l'impression que l'on est ici en présence d'une ophtalmie caractéristique, d'un processus morbide certain et « non pas en présence d'organismes de putréfaction incertains. » Il faut aussi remarquer, ajoute-t-il, que les micrococcus de la conjonctivite purulente des nouveau-nés paraissent absolument identiques à ceux de la blennorrhagie. « Je dis expressément paraissent, car sont-ils « absolument identiques ? C'est là une question — mais « j'assure qu'il m'a été impossible de constater la moindre « différence au point de vue de la configuration, au point « de vue morphologique (1). »

Nous n'entrerons pas ici dans une discussion complétant celle de Haab. Nous nous bornerons à dire que depuis cet

(1) Senn (*loc. cit.*).

auteur, nombre d'écrits ont été publiés et sont venus donner à l'affirmation restreinte de Haab un caractère d'évidence absolue.

Si nous nous sommes un peu longuement étendus sur cette discussion prouvant que l'ophtalmie purulente des enfants nouveau-nés est bien due à la présence des gonocoques sur leurs conjonctives, c'est afin de prouver qu'il est impossible que l'ophtalmie ait lieu au moment de la naissance, si les yeux n'ont pas subi le contagement pathogène avant leur passage dans le vagin.

D'après nos observations, en effet, l'ophtalmie purulente était soit en pleine période d'état au moment de la naissance, soit en période de début, la période d'incubation était déjà passée. — Or, nous avons appris par les inoculations que nous avons vu pratiquer au début de nos études médicales, alors que l'on déposait sur la conjonctive de malades atteints de pannus cornéen, une goutte de pus blennorrhagique afin de déterminer un chémosis assez intense pour étouffer les vaisseaux de ce pannus, et modifier la nature des granulations qui l'avaient produit; alors que l'on déposait, dis-je, une goutte de pus sur la conjonctive de ces malades, l'inflammation de cette muqueuse se déclarait entre les soixante-et-soixante-douze heures qui suivaient cette inoculation quasi expérimentale pour le sujet qui nous occupe.

La chaleur, la sensation de graviers, l'injection vasculaire, etc..., aucun des signes en un mot de la conjonctivité blennorrhagique n'existaient avant deux jours et demie ou trois jours.

Cette apparition qui peut paraître tardive s'explique ce-

pendant par les travaux que nous avons pu consulter sur le mode d'action du gonocoque sur les tissus.

Bumm, pour étudier cette question, a examiné vingt-six conjonctivites blennorrhagiques et il a pu observer que lorsque le gonocoque vient au contact de la conjonctive, il ne se développe d'abord qu'à la surface; c'est avec peine qu'il pénètre dans la profondeur de la muqueuse, et seulement, affirme l'auteur, lorsque la couche épithéliale a été relâchée par les modifications inflammatoires, c'est-à-dire après qu'a eu lieu à travers elle la migration cellulaire. — Cette difficulté qu'éprouve le microbe en question explique bien la lenteur avec laquelle s'effectue la période d'incubation de l'ophtalmie purulente.

Il est vrai que l'on peut admettre que l'épithélium conjonctival du fœtus peut être plus apte à se laisser traverser par le gonocoque (1); car, d'après Bumm, les vieilles muqueuses sont presque réfractaires au développement gonococcique puisqu'il nie la vaginite blennorrhagique chez les femmes adultes et ce serait seulement dans la muqueuse de l'urètre et dans la muqueuse du col et du corps de l'utérus que se ferait chez elles le développement des diplocoques.

Tout en admettant, dis-je, une plus grande facilité de développement sur la conjonctive jeune, nous ne pouvons comprendre un développement assez rapide pour se faire entièrement pendant la période d'expulsion, aussi longue qu'ait été celle-ci.

(1) L'observation VI semblerait prouver que 24 heures suffisent au gonocoque pour traverser la couche épithéliale des tout jeunes enfants.

On ne peut guère non plus invoquer la différence de température pour expliquer cette évolution précoce, car la conjonctive, douée d'une circulation excessivement active, se trouve à l'air à une température peu inférieure à celle qu'elle avait dans l'utérus de la mère.

Il faut donc admettre que l'infection a eu lieu plusieurs heures avant la naissance, pour expliquer ce phénomène et que c'est dans l'utérus lui-même que s'est faite cette infection.

Ce siège de contagion est rare, il est vrai, puisque Monsieur le professeur Dianoux, dans sa grande pratique des maladies des yeux, n'a vu ces cas se produire que dans ces derniers temps.

Comment donc a pu se faire cette infection? — Nous remarquons dans nos observations que la poche des eaux était rompue dans l'une soixante heures, dans l'autre vingt-quatre heures, dans d'autres encore douze heures seulement avant l'expulsion. Dans toutes ces observations, cette dernière période de l'accouchement a été de courte durée; une demi-heure, trois quarts d'heure au plus. Il est donc tout naturel d'admettre que la porte d'entrée a été l'ouverture de la poche des eaux. On avait déjà remarqué que l'ouverture prématurée de la poche des eaux était une cause d'ophtalmie purulente. Crédé, en effet, dans un article publié en 1882 dans *Archiv für Gynækologie* indique son influence étiologique: dans 65 cas d'ophtalmie purulente sur 370, l'ouverture amniotique avait eu lieu plus de trois heures avant l'accouchement. Il ne dit pas si la conjonctivite s'était déclarée plus vite chez ces enfants.

Mais comment les liquides morbides ont-ils pu pénétrer

par cette ouverture ? Car la position déclive du vagin n'explique pas cette ascension de liquides d'autant plus que l'écoulement des eaux a de la tendance, à chaque contraction utérine, à les entraîner et à les rejeter au dehors.

Nous trouvons une explication relative de ce fait en invoquant le toucher comme cause de contagion. Le doigt de l'accoucheur passant par le vagin se revêt d'un enduit septique, pénétrant dans l'œuf par l'ouverture de l'amnios et allant toucher la tête même du fœtus, va directement déposer sur celle-ci les germes qu'il a recueillis.

Dans les deux observations personnelles que nous publions et qui ont été prises à la clinique obstétricale de l'Hôtel-Dieu de Nantes, les parturientes ont été touchées un certain nombre de fois par les élèves faisant leur stage obstétrical, et quoique les précautions antiseptiques aient toujours été rigoureusement observées, tant du côté des mains, savonnage au savon antiseptique, lotion des mains à l'alcool pur, enduit du doigt avec un corps gras parfaitement aseptique soit vaseline boriquée, soit huile stérilisée; que du côté de la femme, bain complet antiseptique, toilette aseptique de la vulve, infections vaginales fréquentes, il est évident que le doigt a pu être l'agent de l'infection par le mécanisme que nous avons indiqué plus haut.

Nous venons de parler sans doute des injections fréquentes que l'on avait pratiquées aux parturientes; mais ces injections, antiseptiques pour les microbes de l'infection puerpérale, sont absolument inoffensives contre le diplocoque de Neisser au moins au degré de solution de l'agent antimicrobien qu'elles renferment (bichlorure de mercure 1 p. 4000), car on sait parfaitement que le gonocoque con-

serve sa virulence au milieu des antiseptiques ordinaires et qu'il n'y en a qu'un qui puisse lui nuire d'une façon efficace : c'est le nitrate d'argent.

On sait, en outre, combien il est difficile d'asepsier le vagin d'une femme et combien il est difficile d'effacer les plis pour irriguer complètement toute la surface de sa muqueuse.

La canule de verre que l'on emploie pour ces sortes d'opérations ne remplit pas ce rôle d'une façon bien satisfaisante.

Le doigt, au contraire, efface ces plis et racle pour ainsi dire leurs parois si bien qu'il arrive tout prêt à inoculer la poche des eaux.

De là il découle un précepte que l'on ne doit pas oublier et sur lequel nous insisterons dans le traitement, c'est que on doit faire, en cas de rupture prématurée de la poche des eaux, une injection avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 0/0 avant chaque toucher. Mais cette injection doit être pratiquée de telle façon que le liquide pénètre bien dans toutes les parties du vagin et l'opérateur doit s'efforcer pendant ce temps d'effacer les plis avec le doigt ou un spéculum approprié.

Nous nous permettons de faire ici une remarque qui sort un peu de notre sujet, mais qu'il nous a paru intéressant de faire : c'est que les deux femmes que nous avons observées à la maternité de Nantes et celle de la troisième observation, ont eu un peu d'infection alors que cet accident est désormais excessivement rare dans les cliniques. L'une d'elle a eu une phlébite ; les deux autres ont eu un peu d'élévation thermique et même un peu de douleur au niveau des trompes.

Tous ces accidents ont du reste rapidement cédé au traitement antiseptique.

III. — SYMPTOMES ET OBSERVATIONS

Que l'ophtalmie purulente des nouveau-nés apparaisse au moment même de la naissance ou quelques jours plus tard, le processus inflammatoire et le tableau clinique sont les mêmes.

Cette affection a donc, comme nous avons cherché à l'établir dans le précédent chapitre, une *période d'incubation* qui dure de 60 à 72 heures en moyenne pour l'adulte, moins longue pour le nouveau-né, période dans laquelle le gonocoque s'efforce de traverser la couche épithéliale de la conjonctive et qui ne se traduit par aucun symptôme apparent.

Dans la *période de début*, la muqueuse est fortement injectée, parsemée parfois de petites ecchymoses; le réseau vasculaire que couvre les glandes de Meibonius devient très développé, au point de cacher leur aspect transparent. Les papilles deviennent saillantes et s'élargissent dans tous les sens, ce qui leur donne l'aspect de tubercules à côtés aplatis par suite de la pression qu'ils exercent mutuellement. Ces phénomènes sont dus à une infiltration séreuse qui finit par se généraliser à tout le tissu conjonctival et sous-conjonctival. Cet œdème généralisé fait que les plis cutanés des paupières disparaissent. Celles-ci deviennent tendues, gonflées et présentent une teinte rosée sur les bords, surtout

aux angles de l'œil, et qui se continue insensiblement avec la surface de la paupière.

Tandis qu'apparaissent ces symptômes, on observe des larmes s'écoulant incessamment, mêlées à des sécrétions conjonctivales claires et légèrement teintées par le sang, ce qui les fait ressembler à du jus de citron. Ces sécrétions se desséchant à l'air libre, agglutinent les paupières. Si, à ce moment, on retourne ces dernières, on peut apercevoir l'injection vasculaire et de fines arborisations autour des glandes de Meibonius, mais ces derniers signes ne sont bien appréciables que très peu de temps, car dans la période qui suit ou *période d'état*, le boursoufflement conjectifal devient bientôt tel qu'il cache les vaisseaux tortueux et augmentés de volume qui ont recouvert complètement pendant quelque temps tous les autres éléments conjonctivaux.

La muqueuse se présente alors à l'observateur, rouge, tuméfiée, saignant souvent et au moindre attouchement. Les paupières ont encore augmenté de volume. La paupière supérieure surtout peut prendre un tel développement qu'elle descend en forme d'ampoule au devant de l'inférieure. Ce développement énorme est dû en grande partie à ce que la sécrétion abondante et désormais franchement purulente, enfermée entre les paupières par suite de leur agglutination, éloigne celles-ci du globe oculaire pour se constituer une véritable poche. Il ne faut pas oublier cette particularité dans les soins à donner aux enfants ainsi atteints, car il n'est pas rare de voir le pus collecté s'échapper en jet lorsque l'on vient à actionner les paupières. Il est toujours prudent pour le médecin de se garantir les yeux lorsqu'il doit examiner des conjonctives ainsi malades.

C'est à cette période que sont à redouter les complications si terribles de l'ophtalmie purulente. Quoique le chémosis ne soit jamais chez les enfants aussi développé que chez l'adulte, qui souvent chez ce dernier est assez considérable pour enfermer dans ses bourrelets toute la cornée et la cacher complètement, il est parfois suffisant pour empêcher sa nutrition : il peut alors en résulter un sphacèle et un ramollissement de la cornée qui se traduit par la teinte grisâtre et l'aspect flétri de cette dernière.

Il ne faut pas prendre pour une complication aussi grave la teinte opaline de la cornée, qui existe dans presque tous les cas d'ophtalmie, due à un simple œdème des lames cornéennes et qui disparaît rapidement avec la cause.

Les ulcères de la cornée et même des abcès de cette membrane sont aussi à craindre dans cette période. Ils peuvent affecter des sièges et des dispositions différents. Tantôt uniques situés au centre, tantôt en nombre variable et disposés à la périphérie, il peuvent se réunir par leurs bords pour former une sorte d'anneau. Le centre de la cornée peut se détacher comme avec un emporte-pièce et alors surviennent les mêmes accidents que ceux produits par le sphacèle.

Si l'enfant a un bon état général, et si placé dans de bonnes conditions hygiéniques, il est entouré de soins éclairés et dévoués, on n'assiste pas généralement à ces funestes accidents et on voit bientôt arriver la *période de déclin*.

La sécrétion purulente diminue de plus en plus en quantité et en consistance. Elle ne tarde pas à redevenir séro-muqueux. La tuméfaction disparaît rapidement ; les conjonctives reprennent leur teinte rosée normale, la cornée s'éclaircit et tout enfin rentre dans l'ordre.

Durant l'évolution de toutes ces périodes, l'état général ne s'est guère modifié. Les signes fonctionnels sont difficilement appréciables. La douleur cependant semble parfois exister, mais le plus souvent elle est provoquée et se manifeste au moment du pansement. D'autres fois elle paraît manquer complètement.

Toute cette succession de symptômes dure un temps très variable. On peut avancer cependant cette opinion, que chez les enfants bien portants et bien traités, la période d'état ne dépasse guère huit jours. Mais ce chiffre est approximatif, car nous avons vu des enfants soignés de la même façon chez qui l'affection a duré pour les uns quatre ou cinq jours et pour les autres quinze jours et même davantage. Sans entrer dans d'autres détails sur la description de la maladie, nous présentons de suite les observations qui nous ont été communiquées et que nous avons été à même de prendre personnellement.

OBSERVATION I.

Due à l'obligeance de M. Dianoux.

Dans le courant de l'été, M. Dianoux est appelé par un confrère près de Mme X...

Madame X... était atteinte de vaginite blennorrhéique depuis plusieurs mois. Redoutant à la naissance de l'enfant l'infection des conjonctives, le confrère avait pratiqué les jours précédents larges irrigations de sublimé à 1 p. 0/0 et même de nitrate d'argent à 1 p. 0/0.

L'accouchement se fit très rapidement, en une heure et en présence de la garde seule.

Il est impossible d'affirmer si les jours précédents la poche des eaux s'était rompue, les abondantes injections pratiquées ayant pu, à plusieurs titres, être cause d'erreur.

La naissance de l'enfant avait eu lieu à six heures du matin; une heure après la naissance, le confrère instille dans les deux yeux quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 0/0, mais la pénétration a lieu difficilement dans l'œil gauche.

A quatre heures du soir, les paupières surtout à gauche sont tuméfiées et agglutinées. M. Dianoux voit l'enfant à cinq heures et constate une ophtalmie purulente, nettement caractérisée pour les deux yeux. L'affection fut vite

enrayée par les badigeonnages au nitrate d'argent à 3 p. 0/0.

L'œil droit fut presque de suite guéri. L'œil gauche fut atteint successivement de deux rechutes légères, mais se rétablit sans grandes difficultés.

Cette observation nous montre que les conjonctives ont du être infectées au moins quatorze heures avant l'accouchement, qui, du reste, s'est effectué rapidement, puisque dix heures après la naissance, l'ophtalmie purulente était nettement caractérisée. Elle nous montre en outre que la méthode de Crédé ne suffit pas dans ces cas pour empêcher le développement de la maladie. Cette méthode semble cependant agir en diminuant la vitalité du gonocoque, puisque l'œil gauche où la pénétration de la solution de nitrate d'argent avait été difficile fut plus malade que l'œil droit et que celui-là fut atteint de deux rechutes successives qui épargnèrent celui-ci.

On a malheureusement sur le moment de la rupture de la poche des eaux, des renseignements peu précis qui existent dans l'

OBSERVATION II

Au printemps dernier, M. Dianoux est appelé dans une ville des environs de Nantes, par le docteur Z..., pour une enfant atteinte d'ophtalmie purulente.

L'accouchement avait eu lieu le matin à neuf heures et demie. L'enfant avait ouvert les yeux normalement, mais le docteur avait constaté une rougeur de la paupière supé-

rieure qui avait fait croire à un noevus. Le soir les paupières étaient déjà tuméfiées surtout du côté gauche.

Le lendemain vendredi, le gonflement était extrême et la sécrétion franchement purulente. M. Dianoux vit l'enfant le dimanche; les tarses présentaient une pseudo-membrane de mauvais augure; il revint le lundi, l'aspect diphthéroïde s'était prononcé.

Le citron, le camphre, l'ésérine firent vite rentrer l'ophtalmie purulente dans sa voie régulière, mais la cornée gauche fut très fortement endommagée au centre. L'œil droit guéri complètement.

Dans ce cas il existait antérieurement une vaginite qui avait été scrupuleusement soignée.

La poche des eaux *s'était rompue près de deux jours* avant l'accouchement. L'écoulement du liquide amniotique s'était fait en deux fois la veille et l'avant-veille.

La mère avait eu un an auparavant une fausse couche suivie de fièvre puerpérale.

Dans le cas que nous venons d'exposer, l'ouverture prématurée des membranes peut nettement être accusée de voie d'infection. Si les yeux ont été infectés au moment même de la déchirure de la poche ou peu de temps après, l'apparition de la rougeur palpébrale au moment de la naissance s'explique facilement.

OBSERVATION III.

Recueillie par M. Guilbaud, aide de clinique ophtalmologique.

Le 16 juillet de cette année, une sage-femme de Pont-Rousseau, amenait à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Nantes, un enfant né le 13 juillet à 11 heures du matin, au huitième mois de la grossesse.

La poche des eaux était largement rompue depuis 60 heures, quand se fit l'accouchement. La mère avait d'abondantes pertes blanches.

La sage-femme, en recevant le nouveau-né, fut frappée du gonflement énorme des paupières et en ayant voulu les écarter il s'en échappa du côté droit une assez grande quantité de pus et de sang, et du côté gauche moins gonflé une quantité moindre aussi de liquide purulent. Les deux yeux furent lavés à l'eau boriquée.

Le 16 juillet, les paupières étaient un peu dégonflées, mais il persistait une ophtalmie purulente bien caractérisée, ne paraissant toutefois pas très violente. Les cornées étaient intactes.

Des attouchements répétés au nitrate d'argent à 3 0/0 combinés à des insufflations d'iodoforme triomphèrent de l'ophtalmie en trois semaines et l'enfant guérit complètement.

De même que dans la précédente observation, l'ouverture prématurée de la poche des eaux est facilement incriminable de l'infection.

OBSERVATION IV.

Personnelle.

B... Emm., né à terme le 15 septembre 1892, à la clinique obstétricale de l'Hôtel-Dieu de Nantes, d'une femme secundipare. L'accouchée avait des pertes blanches très abondantes dans les quatre derniers mois de sa grossesse.

Le travail de l'accouchement a commencé à 3 heures du matin. L'interne du service qui toucha la femme, à ce moment, dit avoir trouvé la poche des eaux intacte sur la tête de fœtus. L'accouchement se fit naturellement à 11 heures du matin. Les élèves qui assistaient à l'accouchement avaient pratiqué de nombreux touchers.

Au moment de la naissance les paupières étaient agglutinées, rouges et gonflées surtout celles de l'œil gauche. Elles sécrétaient un liquide citrin, mais peu abondant.

Lavage des yeux avec une solution de chlorure de sodium et instillations de nitrate d'argent à 2 0/0.

A quatre heures de l'après midi, nous pûmes constater, en écartant les paupières, l'issue d'un pus épais et verdâtre. Les conjonctives étaient nettement atteintes d'ophtalmie purulente.

On pratiqua sur ces yeux malades des douches à l'eau chlorulée, et des badigeonnages au nitrate d'argent. Ces divers moyens thérapeutiques amenèrent une rapide guérison.

Les cornées qui présentaient la teinte opaline fréquente

dans ce genre d'affection, redevinrent transparentes en très peu de temps.

L'accouchée eut un peu d'infection dans les jours qui suivirent sa délivrance. La température axillaire atteignit même 39° 8.

Dans cette observation, on ne peut guère invoquer la rupture de la poche des eaux, puisqu'elle était intacte sur la tête, 8 heures avant l'accouchement. Il est possible cependant qu'une rupture marginale ou latérale ait pu se faire et passer inaperçue. L'écoulement du liquide amniotique avait pu se faire au moment d'une des injections vaginales qui avaient été faites avant le travail.

OBSERVATION V.

Personnelle.

G. Urs..., 22 ans, domestique, primipare, entre à la maternité le 14 septembre 1892. Elle fut transportée, lors des premières douleurs, à la salle de travail, le 23 du même mois.

La dilatation commence à cinq heures et demie du soir. Dès le commencement de la dilatation, la poche des eaux se rompt, donnant issue à une assez grande quantité de liquide amniotique. La dilatation est complète, le lendemain à 8 heures du matin et à 9 heures eut lieu l'expulsion spontanée d'un fœtus à terme du poids de 2 kilos 400 grammes.

La période d'expulsion n'avait duré qu'une demi-heure.

À la naissance, les paupières étaient rouges et gonflées,

et trois heures plus tard elles secrétaient un jus épais et abondant.

La mère était atteinte de vaginité intense, et d'énormes végétations siégeant surtout à la vulve et sur la paroi antérieure du vagin. Sa vaginité fut traitée pendant le temps qu'elle passa à la maternité avant son accouchement par des injections de sublimé.

Cette femme fut, de même que la précédente, fréquemment touchée par les élèves.

L'enfant reçut au moment de sa naissance des instillations de nitrate d'argent à 2 0/0, selon la méthode de Crédé. Sa conjonctivité fut traitée comme la précédente, et guérit assez rapidement sans laisser de traces.

Les suites de couche ne furent pas excellentes. L'accouchée eut un peu d'élévation thermique 38° 5, et une légère douleur au niveau de la trompe gauche. Ces accidents cédèrent rapidement au traitement.

Dans cette observation, l'ouverture prématurée de la poche des eaux quoique survenue 19 heures seulement avant la naissance de l'enfant, nous paraît suffisante pour expliquer cette évolution précoce eu égard à la délicatesse des jeunes tissus.

OBSERVATION VI.

*Publiée par Niden et résumée dans les Annales
d'Oculistique, 1891.*

Les quatre enfants précédents d'une même femme ayant été atteints de conjonctivite blennorrhagique, des soins

extraordinaires furent pris pour éviter l'infection au moment d'un dernier accouchement. L'accoucheur déchira l'amnios intact et placé entre les cuisses de la mère, il prit l'enfant par les bras. Les yeux et le visage furent nettoyés à l'aide d'ouate au sublimé et d'eau stérilisée. Néanmoins une conjonctivite se déclara vingt-quatre heures après la naissance.

Cette observation prouve d'abord que cette affection est d'une contagiosité tellement active que les précautions les plus minutieuses ne suffisent pas dans tous les cas.

Elle prouve en outre que le gonocoque a moins de peine à traverser les tissus jeunes, puisque dans le cas présent, 24 heures *paraissent avoir été suffisantes* pour qu'il traverse la couche épithéliale; mais qu'il faut au moins ce temps pour que l'ophtalmie purulente ait le temps d'arriver à la période des symptômes apparents. Cette observation clinique est du reste d'accord avec une expérience de Krause qui n'a pu inoculer la conjonctive du lapin adulte avec une culture de gonocoques; mais l'inoculation a parfaitement réussi sur la conjonctive de très jeunes animaux de la même espèce.

Nous terminerons cette série d'observations par une dernière, prise dans la thèse inaugurale de Looten (Paris, 1875), qui, sans montrer la cause de l'infection prématurée, montre du moins d'une manière évidente la possibilité de l'apparition précoce de l'ophtalmie purulente.

OBSERVATION VII.

Thèse de Looten (Paris, 1875).

P. (Jules-Henri), né le 28 septembre 1869. Entré à l'hospice le 29 septembre. Placé à l'infirmerie le 1^{er} octobre 1869 pour une conjonctivite purulente de l'œil gauche. Le jour même de son entrée, le malade est atteint de chémosis suivi bientôt de trouble de la cornée. Excision immédiate d'un assez large lambeau de chémosis à la partie interne de la conjonctive.

4 octobre. — L'œil droit est pris à son tour, mais la conjonctivite reste palpébrale.

Le 11. — Excision d'un nouveau lambeau de chémosis. L'enfant sort guéri le 9 novembre 1869.

Le chémosis existait donc le jour de l'entrée, c'est-à-dire le lendemain de la naissance; de plus la cornée était déjà trouble. Ce qui semble prouver que le chémosis datait de 24 heures au moins.

IV. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés est en général facile à faire, surtout dans les cas à apparition précoce, car jamais on a vu une conjonctivite diphtérique à forme pseudo-membraneuse avoir une évolution si rapide et apparaître au moment même de la naissance; et cette dernière forme de conjonctivite est la seule qui puisse faire hésiter avec la première. Dans le cours de celle-ci, en effet, on peut voir fréquemment une membrane mince, translucide, s'étendant d'une façon égale au devant de la cornée, parfois même sur toute la conjonctive et par cette disposition en imposer pour une conjonctivite purulente. Mais cette membrane formée de pus concrété s'enlèvera par un mince filet d'eau avec le pus enfermé entre les paupières. Mais il est important cependant de faire un examen complet des conjonctives des nouveau-nés, afin de porter immédiatement remède à l'affection. — De la rapidité des secours dépend souvent l'évolution bénigne de cette maladie.

Si donc on voit naître un enfant aux paupières gonflées avec un liséré rouge un peu œdématié sur leurs bords libres, se confondant insensiblement avec le reste de la surface palpébrale, il y a tout lieu de croire que l'enfant

est atteint d'une ophtalmie purulente des nouveaux-nés à développement précoce.

C'est ce que nous avons constaté dans nos deux observations personnelles. Le muco pus un peu coloré par du sang, mêlé à des larmes, qui s'écoulera quelques heures après et qui peut même exister dès la naissance, affirmera cette opinion. La conjonctive rouge et injectée, ainsi que les arborisations vasculaires autour des glandes de Meibonius, ne sont pas toujours bien faciles à observer, dès le début.

Le diagnostic s'imposait encore bien plus dans une de nos observations, puisque un pus épais, mêlé à du sang, s'écoulait déjà au moment de la naissance.

V. — PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Malgré les traitements antiseptiques qui commencent à être employés journellement par le personnel médical et que l'on oppose maintenant avec tant de succès à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, cette affection reste néanmoins une des plus graves maladies de l'œil, non pas en menaçant directement la vie de l'enfant, mais en l'exposant à être atteint pour le reste de ses jours de la plus cruelle infirmité qui puisse affliger l'humanité.

Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point : au moins 33 p. 100 des cas de cécité sont dus à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Cette grande fréquence, qui a diminué sans doute depuis quelque temps, est imputable en grande partie à l'insuffisance des antiseptiques ou à l'incurie et à l'ignorance des sages-femmes.

Bien qu'on ait le bonheur d'observer souvent des cas de terminaison par résolution sans lésion des tissus de l'œil, il arrive si souvent des complications fâcheuses soit du côté de la cornée, soit du côté de la conjonctive, qu'il faut toujours être réservé pour le pronostic, tant que la maladie ne touche pas à sa fin.

Il ne faut pas considérer comme une complication la teinte opaline que prend la cornée dans la plupart des cas ;

cela est dû à un œdème simple, par trouble circulatoire, du tissu cornéen et qui disparaît rapidement avec la cause qui l'a produit.

Les complications les plus terribles qui surviennent dans le cours de l'ophtalmie purulente sont celles qui siègent sur la cornée.

Parfois ce n'est qu'un simple ulcère qui, traité avec soin, peut guérir complètement sans laisser de traces fâcheuses, car l'on sait avec quelle facilité la cornée se sépare chez les jeunes enfants. La suractivité fonctionnelle dont ils jouissent, quand ils ont un bon état général, explique ces réparations remarquables.

D'autres fois, au contraire, c'est un ramollissement et un sphacèle de la cornée. L'œil alors se vide complètement, si l'ouverture cornéenne est assez large. Si, au contraire, elle est petite, l'iris peut être projeté en avant et s'engager dans la plaie en empêchant des désordres plus grands de se produire. Si cette membrane s'infecte cependant, l'œil est sous le coup d'une panophtalmie qui sera pour l'autre œil une cause incessante d'ophtalmie sympathique, même dans des temps éloignés. On comprend donc combien est grave cet accident produit par l'enserrement des anses vasculaires qui nourrissent la cornée et qui est dû à l'infiltration œdémateuse de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival pericornéen ou chémosis. De là le bienfait des scarifications pratiquées sur ce dernier qui constitue, lui aussi, une complication par ses conséquences que nous venons d'exposer.

Un autre accident, bien plus effrayant pour les gens du monde et qui, au contraire, inquiète moins le médecin,

c'est la tuméfaction considérable des paupières. On a été jusqu'à dire que les *gros yeux* étaient un signe de bon augure. Cette assertion peut être vraie pour les cas où la tuméfaction ne porte que sur la conjonctive et le tissu cellulaire, mais non pas lorsque le tissu propre des paupières est envahi. On a donné à cet accident le nom de conjonctivite phlegmoneuse diffuse. — C'est une complication très rare, du moins pour les tout jeunes enfants, à moins que ceux-ci ne soient déjà très affaiblis par un état général mauvais.

Nous ne nous étendrons pas sur la diphtérie qui se greffe parfois sur les conjonctivites purulentes. Cette complication est actuellement presque communément rejetée par les auteurs, tout au moins pour ce qui regarde les enfants venant de naître (1).

(1) Dans l'observation II cependant, l'enfant présentait une fausse membrane ressemblant en tous points à ceux de la diphtérie.

VI. — TRAITEMENT

Les accidents si graves que nous venons d'exposer et qui compliquent trop souvent l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, ont fait que les ophtalmologistes se sont occupés, dans ces dernières années, d'une manière particulière de son traitement curatif. Les accoucheurs, de leur côté, ne se sont pas montrés moins actifs et ont étudié avec soin les moyens prophylactiques les plus propres à empêcher son développement.

Les anciens auteurs qui ne connaissaient pas exactement la cause réelle et permanente de l'affection que nous étudions, ne lui opposaient que des moyens curatifs bien infidèles.

Billard, lui-même, quoique ayant reconnu sa véritable étiologie, ne pouvait la traiter que d'une façon incomplète puisqu'il ne connaissait pas les microbes ni leurs poisons; aussi se bornait-il à appliquer les moyens antiphlogistiques si en honneur à son époque. « Le premier but à atteindre, dit-il, est de diminuer la violence de l'inflammation. » Pour atteindre ce but, il conseillait d'appliquer des sangsues sur le milieu de la paupière supérieure et de pratiquer des lotions oculaires fréquentes avec une solution d'alun.

Plus tard, le traitement se perfectionna et l'on se servit de réfrigérants que l'on emploie encore dans certains cas. C'était la base du traitement. La cautérisation par des caustiques solides ou en solution venait le compléter. La valeur de cette thérapeutique reposait sans doute sur ces derniers agents.

Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses méthodes ont été indiquées pour traiter cette maladie. Toutes enseignent qu'il faut laver souvent les yeux malades avec un liquide antiseptique ou tout au moins aseptique. C'est ce moyen que pratiquaient inconsciemment les sages-femmes et nourrices d'autrefois, en instillant fréquemment quelques gouttes de lait maternel dans les yeux. Il n'est pas étonnant que ce remède empirique produisait par son asepsie, meilleur effet que les décoctions plus ou moins émollientes ou astringentes préconisées dans ces temps.

Un des meilleurs moyens dont on puisse se servir pour irriguer les conjonctives, et qui a été préconisé par Brière, du Havre, est de se servir d'un siphon ou d'un vase quelconque, parfaitement propre, contenant une substance antiseptique telle que de l'eau alcoolisée ou colorée et muni d'un tube terminé par une canule de verre à pointe effilée. A défaut de cet appareil, on peut simplement se servir d'une boule d'ouate hydrophite imbibée d'une solution antiseptique et que l'on étreint à plusieurs reprises sur les yeux entr'ouverts de l'enfant. La douche est cependant préférable en ce qu'elle détache mieux le pus, parfois concret et adhérent à la surface de l'œil.

Mais ces irrigations qui pourraient être suffisantes pour des ophtalmies bénignes, mais non gonococciques, ne le sont

pas pour celles qui revêtent ce dernier caractère. On emploie alors concurremment avec elles des médicaments réellement curatifs. Ils sont de plusieurs sortes. Le plus anciennement préconisé et qui conservera toujours la première place est le nitrate d'argent en solution.

Bader cependant, en 1880, a indiqué un nouveau mode de traitement qui consiste à enduire les yeux avec un pinceau trempé dans une pommade ainsi formulée :

Oxyde rouge d'hydrargyre .	0 gr. 05
Sulfate d'atropine	0 gr. 025
Vaseline.	2 gr.

Ce moyen ne nous paraît pas devoir être conseillé, pour trois raisons : la première c'est qu'il forme un magma avec le pus conjonctival difficile à enlever ; la seconde, c'est que l'oxyde rouge de mercure, quoique bon antiseptique, ne vaut pas le nitrate d'argent, du moins pour le gonococque ; le troisième enfin, c'est que l'atropine, dilatant la pupille, favorise la sortie en masse du milieu de l'œil en cas de perforation cornéenne.

Nous revenons donc au nitrate d'argent et voici, selon nous, la meilleure façon d'en user. Après avoir nettoyé sérieusement toute la conjonctive, même dans le plus profond de ses culs de-sac, faire un badigeonnage avec un pinceau trempé dans une solution d'azotate d'argent à 1 pour 30, les paupières étant préalablement retournées. On neutralise l'excès de sel par une solution de chlorure de sodium. Ce badigeonnage doit être fait deux fois par jour.

Voilà pour le traitement curatif. Mais celui-ci ne nous intéresse qu'indirectement et est sans contredit bien moins

important que celui qui va suivre. Nous voulons parler du traitement prophylactique.

Depuis longtemps on a tenté d'asepsier les voies que doit parcourir le fœtus, pour préserver ce dernier de l'ophtalmie purulente. Les résultats que l'on a obtenus n'ont pas été très satisfaisants, tant à cause du manque des soins minutieux qu'il faudrait apporter pour la désinfection de ces voies, qu'en raison du mauvais choix de l'antiseptique employé. Aussi n'a-t-on pas tardé à remplacer ce moyen par un autre agissant directement sur les yeux de l'enfant.

C'est à Crédé, qui primitivement avait essayé d'asepsier les voies génitales de la mère, que l'on doit la méthode que nous allons exposer et qui rend les plus grands services.

Après plusieurs tentatives infructueuses, cet auteur est arrivé à se préserver dans son service de l'ophtalmie des nouveau-nés; et ce résultat n'a été obtenu qu'à partir du moment où il a porté les moyens désinfectants sur les yeux mêmes du nouveau-né. Depuis douze années il applique à tous les enfants sans exception le traitement prophylactique suivant : après avoir nettoyé les yeux avec de l'eau ordinaire, on instille quelques gouttes de solution de nitrate d'argent à 1 pour 50, puis on recouvre les yeux pendant 24 heures avec des compresses imbibées d'une solution salicylique à 1 p. 0/0.

L'inventeur de cette méthode affirme qu'aucun enfant ainsi traité, du 1^{er} juin au 8 décembre 1880, n'a été atteint de la plus petite inflammation des yeux; alors que de 1874 à 1879, le nombre des enfants atteints à la clinique de Leipzig avait varié de 45 à 14 par an, ce qui donne une moyenne sur le total des naissances de 13,6 à 9,2 p. 0/0.

A la fin du premier trimestre de 1883, il publia dans *Archiv. für Gynækologie*, une statistique plus étendue et par là même plus probante. Les résultats ont été les suivants :

1880	7 mois	sur 211 enf. vivants	1 cas	0,49 0/0
1881	12 —	— 400 —	1 —	0,25 0/0
1882	—	— 418 —	2 —	0,49 0/0
1883	3 —	— 131 —	0 —	0,00 0/0

L'auteur ajoute que les deux cas de 1880 et de 1881 ne doivent pas être comptés : dans le premier, la méthode ne fut pas administrée, par oubli ; dans le second l'ophtalmie ne se déclara que 9 mois après la naissance et était par conséquent imputable à des agents extérieurs.

Le traitement de Crédé s'est vulgarisé dans plusieurs cliniques françaises et a donné les meilleurs résultats. Il est en effet bien préférable aux autres, qui préconisent l'emploi d'antiseptiques moins actifs contre le microbe en question, quoique plus irritants pour l'œil ; tel que l'acide phénique employé en solution à 2 p. 0/0. La statistique confirme du reste cette moindre action, puisque dans les cliniques où il a été employé, le nombre des enfants atteints, bien qu'ayant diminué de moitié, est resté cependant à 6 p. 0/0. Nous ne faisons que mentionner l'emploi de l'iodoforme, qui dernièrement a été conseillé, mais qui, employé seul, nous paraît tout à fait insuffisant.

Tels sont en résumé les travaux sur les traitements prophylactiques, pratiqués sur les yeux mêmes de l'enfant, qui ont été publiés dans ces dernières années. Nous en avons indiqué d'une manière succincte leur valeur comparative.

Ils ont succédé à la désinfection vaginale, dont l'étude a été reprise dernièrement. Les instillations de Crédé, en effet, bonnes et réellement suffisantes pour la majorité des sujets, n'offrent plus de garantie dans les cas où l'enfant a été infecté quelque temps avant de naître. On sait par diverses études sur l'infection gonococcique que ce coccus met 24 heures à traverser la couche des cellules épithéliales, et qu'au bout de 36 heures il a pénétré dans les premiers éléments conjonctivaux. On comprend dès lors à combien peu se réduit l'action des instillations de nitrate d'argent, quand la première couche a déjà eu le temps d'être traversée.

L'asepsie des voies naturelles reste donc le meilleur moyen prophylactique à employer pour éviter l'infection ; mais on connaît les nombreuses difficultés qui se présentent à l'accoucheur pour obtenir cette asepsie rigoureuse, car il faut déplier la muqueuse du vagin, but qu'atteignent rarement les canules en verre ou en métal, dont on se sert en pareil cas.

On pourrait se servir d'un spéculum grillagé assez volumineux qui remplirait exactement toute la cavité de l'organe ; mais le meilleur moyen, selon nous, serait d'employer le doigtier irrigateur, car en même temps qu'il porte le jet de la substance antiseptique, le doigt peut frotter les parois vaginales et cervicales et, par conséquent, assurer une asepsie très satisfaisante.

L'accoucheur qui doit lui-même pratiquer cette injection, devra se préserver la main dont il se sert avec un gant de caoutchouc, afin qu'elle ne soit pas souillée par la solution de sel d'argent qu'il est indispensable d'employer puisque le nitrate de ce métal, en solution à 3 0/0, est le seul poison

réellement efficace contre le diplocoque de Neisser. On peut neutraliser l'excès de sél par une injection avec une solution de chlorure de sodium.

Ces précautions sont évidemment inutiles dans certains cas, lorsque l'on est sûr d'avance que la femme qui doit accoucher est indemne, mais au moindre soupçon, il est prudent d'en user surtout si la poche des eaux se rompt de bonne heure.

Dans ce cas une asepsie rigoureuse du vagin doit être pratiquée selon les instructions que nous venons de donner, puis s'efforcer de faire un tamponnement cervical aussi complet que possible avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement a de plus l'avantage de favoriser la rapide dilatation du col et, par suite, de hâter l'expulsion du fœtus qui se trouvera par là même moins longtemps en contact avec les sécrétions septiques.

Il est bon en outre dans ces cas de rupture prématurée de la poche des eaux, de toucher la femme le moins souvent possible et, si le toucher est reconnu nécessaire, de renouveler une injection préalable au nitrate d'argent.

Bien plus importantes encore, seraient ces précautions, si l'on devait pratiquer une opération obstétricale.

Enfin dans les cas douteux on ne pratiquera pas seulement la méthode de Crédé mais on devra faire un large badigeonnage des conjonctives avec une solution de nitrate d'argent.

CONCLUSIONS

I. — L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est due à l'infection gonococcique des conjonctives par les sécrétions vaginales de la mère.

II. — Cette affection apparaît ordinairement deux ou trois jours après la naissance, à cause de la lenteur que met le microbe à traverser la couche épithéliale.

III. — Il y a des cas cependant où une affection de même nature apparaît au moment même de la naissance ou quelques heures après.

IV. — Il faut donc qu'il y ait eu infection avant l'accouchement.

V. — Cette infection précoce paraît avoir eu pour porte d'entrée, dans certains cas, l'ouverture prématurée de la poche des eaux.

VI. — La méthode de Crédé ne suffit pas dans ces cas pour enrayer l'infection.

VII. — Les meilleurs moyens à employer dans ces cas pour préserver l'enfant semblent être des injections vaginales au nitrate d'argent à 3 p. 0/0 et le tamponnement cervical.

ACCEPTÉ :

Pour la Présidence,

TARNIER.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

